

健康保険 被保険者資格喪失届

提出日 平成 29 年 4 月 3 日

三重県農協健康保険組合 理事長 様

事業所所在地

事業所名

事業主氏名

津市栄町 1 0 0-1

三重県農業協同組合

代表理事組合長 三重太郎

印

(印)

事業所記号

9 9 9

決裁	常務理事	事務長	部長	課長	係

被保険者 番号	被保険者の氏名		生年月日	性別	資格喪失 原因	資格喪失 年月日	標準報酬 月額	被保険者証の添付の 有・無及び証回収日	任継の有無	
	フリガナ	氏名							備考	
1 0 0	ケンポ イチロウ	健保 一郎	昭和 01 年 10 月 01 日	男	死亡 その他	29 年 04 月 01 日	2 4 0 千円	有・無 29 年 3 月 31 日 回収枚数 1 枚	有・無 退職・死亡 29 年 3 月 31 日	
1 1 0	ケンポ ハナコ	健保 花子	昭和 60 年 12 月 15 日	女	死亡 その他	29 年 04 月 01 日	1 2 6 千円	有・無 29 年 3 月 30 日 回収枚数 3 枚	有・無 退職・死亡 29 年 3 月 31 日	
			昭和 年 月 日	男・女	死亡 その他	年 月 日	千円	有・無 年 月 日 回収枚数 枚	有・無 退職・死亡 年 月 日	
			昭和 年 月 日	男・女	死亡 その他	年 月 日	千円	有・無 年 月 日 回収枚数 枚	有・無 退職・死亡 年 月 日	
			昭和 年 月 日	男・女	死亡 その他	年 月 日	千円	有・無 年 月 日 回収枚数 枚	有・無 退職・死亡 年 月 日	
			昭和 年 月 日	男・女	死亡 その他	年 月 日	千円	有・無 年 月 日 回収枚数 枚	有・無 退職・死亡 年 月 日	

受付

- 注 ①被保険者氏名のフリガナは、カタカナで記入してください。
- ②事業所記号は、右詰とし頭に0は記入しないでください。
- ③生年・性別区分は○で囲んでください。
- 意 ④資格喪失日は、退職日及び死亡日の翌日となります。
- ⑤被保険者証の回収年月日は、事業所で回収した日を記入してください。
- ⑥任継の有無は、必ず○で囲んで下さい